

要支援認定情報提供依頼書

(第3号様式)

【依頼先】 藤 枝 市 役 所 課
介 護 福 祉 社

包括(郵送
用)

【依頼日】 年 月 日

住 所

依頼者 事業所名 事業者

電話番号

担当者名

以下の被保険者の要支援認定の情報提供を依頼します。

(受領希望日 月 日 午前・午後)

No	被保険者番号										被保険者名	プラン届出	受領日	受領者サイン
1											済・未(持参・電子)	月	日	
2											済・未(持参・電子)	月	日	
3											済・未(持参・電子)	月	日	
4											済・未(持参・電子)	月	日	
5											済・未(持参・電子)	月	日	
6											済・未(持参・電子)	月	日	
7											済・未(持参・電子)	月	日	
8											済・未(持参・電子)	月	日	
9											済・未(持参・電子)	月	日	
10											済・未(持参・電子)	月	日	

(太枠内を記入してください)

【問い合わせ】

藤枝市役所 介護福祉課
住所 藤枝市岡出山1-11-1
電話 054-646-0294(直通)
FAX 054-643-3506

*返信用(切手添付)の封筒を同封してください。